

**Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino**

**FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA**

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL *BENEFICIARIO* Y ENVIADO A LA UNIDAD DE ACCESO

700 East Gilbert Street San Bernardino, CA 92415-0920

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

¿Es por Medio de un Representante Autorizado? : Sí  No  Si "Sí," Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero: M  F  Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Clínica o Proveedor Privado: \_\_\_\_\_

Favor de Decirnos el Motivo de su Queja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo le Gustaría que se Resolviera el Problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Consumidor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Autorización para Revelar Información Confidencial**

Una vez llenado este formulario de queja, un empleado de la unidad de Acceso se comunicara con usted para discutir su asunto. Para poder resolver su queja, el empleado de la Unidad de Acceso necesitara discutir su asunto con otros individuos. Dentro de esos individuos pueden incluir su proveedor, el supervisor de su proveedor, o administradores dentro del Departamento de Salud Mental. Para permitir que el empleado de la Unidad de Acceso discuta su queja con estos otros individuos, necesitamos obtener su permiso por escrito para revelar información acerca de su queja.

Yo autorizo por este medio al empleado de la Unidad de Acceso del Departamento de Salud Mental para que revele la información que contiene mi queja, tanto como la información obtenida durante el transcurso de las conversaciones conmigo acerca de mi queja, con otros empleados del Departamento de Salud Mental y/o otras empresas contratadas por el departamento tales como Hospitales e Institutos de Enfermedades Mentales (IMD). La revelación de esta información es requerida para (1) asistir y lograr una resolución a mi queja, y (2) para ayudar al programa de Mejora para la Calidad de Servicios, del Departamento de Salud Mental a prevenir que casos similares al mío ocurran en el futuro.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_